

# APPLICATION FOR RENEWAL/REPLACEMENT/CHANGE OF A TEXAS DRIVER LICENSE OR IDENTIFICATION CARD

(Replacement also called Duplicate)

DL or ID NUMBER \_\_\_\_\_

<p><b>APPLICANT INFORMATION</b></p> <p>LAST NAME: _____</p> <p>FIRST NAME: _____</p> <p>MIDDLE NAME: _____</p> <p>SUFFIX: _____</p> <p>MAIDEN NAME: _____</p> <p>DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy): _____ - _____ - _____</p> <p>SSN: _____ - _____ - _____</p> <p>SEX: (Circle One)    MALE            FEMALE</p> <p>EYE COLOR: _____    HEIGHT: ft. _____    in. _____</p>	<p><b>CONTACT INFORMATION</b></p> <p>HOME PHONE: _____</p> <p>OTHER PHONE: _____</p> <p>EMAIL: _____</p> <p><b>ADDRESS INFORMATION</b></p> <p>RESIDENCE ADDRESS: _____</p> <p>CITY: _____    STATE: _____</p> <p>ZIP CODE: _____    COUNTY: _____</p> <p>MAILING ADDRESS: _____</p> <p>CITY: _____    STATE: _____</p> <p>ZIP CODE: _____    COUNTY: _____</p>
---	--

**INFORMATION FORM (ALL APPLICANTS please answer questions 1 through 7)**

- | YES                                | NO                       |   |
|------------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | 1. Are you a citizen of the United States?  |
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | 2. If you are a US citizen, would you like to register to vote? If registered, would you like to update your voter information?   |
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | 3. Do you wish to donate \$1.00 to the Blindness Education Screening and Treatment Program?   |
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | 4. Do you wish to donate \$1.00 to the Glenda Dawson Donate Life – Texas Registry Program?  |
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | 5. Would you like to register as an organ donor?  |
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | 6. Do you have a health condition that may impede communication with a peace officer? If yes, please list _____   |
| <b>(Must complete form DL-101)</b> |                          |   |
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | 7. a) Do you want a Veteran designator on your driver license? (proof of Honorable discharge required; acceptable documents are DD214/5, NGB22, or VA disability letter noting characterization of service) |
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | b) Are you a 60% disabled Veteran receiving compensation and want to waive the application fee? (see 7a for documents required)   |

**For all Driver License Renewals complete MEDICAL questions 8 to 14.**

Answers to the questions below are for the confidential use of the Department.

8.   Do you currently have or have you ever been diagnosed with or treated for any medical condition that may affect your ability to safely operate a motor vehicle?
- Examples, including but not limited to:** Diagnosis or treatment for heart trouble, stroke, hemorrhage or clots, high blood pressure, emphysema (within past two years) • progressive eye disorder or injury (i.e., glaucoma, macular degeneration, etc.) • loss of normal use of hand, arm, foot or leg • blackouts, seizures, loss of consciousness or body control (within the past two years) • difficulty turning head from side to side • loss of muscular control • stiff joints or neck • inadequate hand/eye coordination • medical condition that affects your judgment • dizziness or balance problems • missing limbs
- If you answered **YES** above, has your condition  **IMPROVED** or  **DETERIORATED** since your last application for an original/renewal remake of your driver license?
9.   Within the past two years have you been diagnosed with, been hospitalized for or are you now receiving treatment for a psychiatric disorder?
10.   Have you ever had an epileptic seizure, convulsion, loss of consciousness, or other seizure?
11.   Do you have diabetes requiring treatment by insulin?
12.   Do you have any alcohol or drug dependencies that may affect your ability to safely operate a motor vehicle or have you had any episodes of alcohol or drug abuse within the past two years?
13.   Within the past two years, have you been treated for any other serious medical conditions?  
Explain: \_\_\_\_\_
14.   Have you **EVER** been referred to the Texas Medical Advisory Board for Driver Licensing?

Any male United States citizen or immigrant who is at least 18 years of age but less than 26 years of age **submitting this application consents to registration with the United States Selective Service System.** You must be registered to qualify for federal student aid (to include Pell grant), job training, federal employment, and citizenship if an immigrant. In Texas, you must be registered to qualify for state college student aid or state employment. If convicted, failure to register with the Selective Service is a felony punishable by up to five years in prison and/or a \$250,000 fine. If not registered by age 26, you can no longer register and could permanently lose those benefits associated with registration. For alternative options for applicants who object to conventional military service for religious or other conscientious reasons information is available at: <http://www.sss.gov/FactSheets/FSaltsvc.pdf>.

I do solemnly swear, affirm, or certify that I am the person named herein and that the statements on this information form are true and correct. I further certify my residence address is a (check one): ( ) single family dwelling, ( ) apartment, ( ) motel, ( ) temporary shelter. I agree to immediately report to the Texas Department of Public Safety any changes in my medical condition which may affect my ability to safely operate a motor vehicle.

**SOLICITUD PARA RENOVAR, REEMPLAZAR, Ó HACER CAMBIOS EN LA LICENCIA DE CONDUCIR Ó TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO DE TEXAS**

**(El reemplazo es también llamado duplicado)**

NUMERO DE LICENCIA Ó DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b>		<b>COMO CONTACTARLO</b>	
APELLIDO: _____		NUMERO DE TELÉFONO: _____	
PRIMER NOMBRE: _____		TELÉFONO SECUNDARIO: _____	
SEGUNDO NOMBRE: _____		CORREO ELECTRÓNICO: _____	
TITULO (Dr. Dra. Jr. etc.): _____		<b>SU DOMICILIO</b>	
APELLIDO DE SOLTERA: _____		DOMICILIO DONDE RESIDE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy): _____		CIUDAD: _____ ESTADO: _____	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____		CODIGO POSTAL: _____ CONDADO: _____	
SEXO: (Marque uno)    HOMBRE    HEMBRA		DIRECCIÓN POSTAL (Lugar donde recibe su correspondencia): _____	
COLOR DE LOS OJOS: _____ TALLA: ft. _____ in. _____		CIUDAD: _____ ESTADO: _____	
		CODIGO POSTAL: _____ CONDADO: _____	

**INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE (Todas los solicitantes por favor contestar preguntas de la 1 a la 7)**

- | SI                          | NO                       |   |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted ciudadano de Los Estados Unidos?  |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si usted es ciudadano de los Estados Unidos, ¿ le gustaría inscribirse para votar? Si ya está registrado, le gustaría actualizar su información de votante?   |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Desea usted donar \$1.00 al Programa, de Educación, Análisis y Tratamiento de la Ceguera?  |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Desea usted donar \$1.00 al programa "Glenda Dawson Donate Life – Texas Registry"?   |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Desea registrarse como un donante de órganos?  |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene usted condiciones medicas que le puedan impedir comunicarse con un oficial de la policía? Si contesto "SI", provea la lista por favor.<br>_____ <b>(tendrá que llenar forma DL-101)</b>  |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>a)</b> Desea una insignia de Veterano en su licencia de conducir? (Requisitos de la prueba documental de haberse dado de baja honorablemente; documentos aceptables son DD214/5, NGB22, una carta de discapacidad de la oficina de VA notando la caracterización de servicio). |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <b>b)</b> Es usted un Veterano recibiendo compensación con 60% de discapacidad y quiere renunciar la cuota de la aplicacion? (vea 7a para los documentos requeridos).   |

**Todos los solicitantes que desean renovar su licencia de manejar por favor de contestar las preguntas de la 8 a la 14.**

Respuestas a las siguientes preguntas son para el uso único del Departamento de Seguridad Publica de Texas.

8.   ¿Ha recibido Ud. tratamiento médico o se le ha diagnosticado alguna condición médica que pudiera afectar su capacidad de conducir un vehículo de motor de manera segura?
- Por ejemplo:** Diagnóstico o tratamiento por paros cardíacos, embolias, hemorragias o coágulos de sangre, alta presión, enfisema (en los últimos dos años). Heridas o enfermedades oculares como el glaucoma o degeneración muscular. Pérdida del uso normal de manos, brazos, pies o piernas. Desmayos o pérdida del conocimiento en los últimos dos años. Pérdida de control muscular. Rigidez de cuello o coyunturas. Falta de coordinación manual. Cualquier condición de salud que afecte su juicio. Mareos o vértigo. Falta de extremidades.
- Si respondió **SI**, ha  **MEJORADO** o  **DETERIORADO** su condición desde su ultima solicitud de un original/renovación/reemplazo de su licencia de manejar?
9.   ¿Se le ha diagnosticado, hospitalizado, o ha sido atendido a causa de desordenes psiquiátricos en los ultimos dos años?
10.   ¿Ha sufrido ataques epilépticos, convulsiones, pérdida de conocimiento, o cualquier otro tipo de ataque?
11.   ¿Tiene usted diabetes que requiera tratamiento a base de insulina?
12.   ¿Tiene usted alguna adicción a drogas o alcohol que pudiera afectar su habilidad de conducir un vehíhulo de motor de manera segura o ha tenido usted algún episodio de abuso de alcohol o drogas en los últimos dos años?
13.   ¿Ha recibido tratamiento médico por alguna otra enfermedad en los últimos dos años?  
Describe la enfermedad o el tratamiento por favor: \_\_\_\_\_
14.   ¿Ha sido usted enviado alguna vez al "Medical Advisory Board" de Licencias de Conducir (MAB)?

Todo varón ciudadano o inmigrante de los Estados Unidos que sea de 18 o mayor de 18 años de edad, pero menor de 26 años debe de registrarse al Servicio Militar Selectivo. Al hacer esta solicitud esta usted dando consentimiento para ser registrado en el Sistema de Servicio Militar Selectivo de los Estados Unidos. Si es inmigrante, usted debe de estar registrado para ser elegible para la ayuda federal estudiantil (incluyendo la beca Pell Grant), capacitación laboral, empleo federal, y la ciudadanía. En Texas, usted debe estar registrado para poder ser elegible para la ayuda estudiantil universitaria o empleo con el Estado. Es un delito grave el no registrarse en el Servicio Militar Selectivo. Si es declarado culpable por no registrarse, podría ser castigado hasta con cinco años de prisión y / o una multa de 250,000 dólares. Si no se ha registrado para la edad de 26 años, ya no podrá registrarse y podría perder permanente los beneficios asociados con el registro. Para otras alternativas y opciones para solicitantes que se oponen al servicio militar convencional por razones religiosas u otras razones de conciencia hay información disponible en: <http://www.sss.gov/FactSheets/FSaltsvc.pdf>.

Yo juro, afirmo, o certifico que soy la persona nombrada en este documento y que las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y correctas. Además certifico que mi dirección de residencia es (marque uno): ( ) casa residencial, ( ) apartamento, ( ) hotel, ( ) sitio de refugio temporal. Estoy de acuerdo a informar inmediatamente al Departamento de Seguridad Pública de Texas cualquier cambio en mi condición médica que pueda afectar mi habilidad para conducir de manera segura un vehículo de motor.